

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

803

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre DUBOS

Né le 10 Juillet 1908, à MONT-DE-MARSAN (Landes)

La place de la césarienne basse
conservatrice dans le traitement
de l'insertion basse du placenta

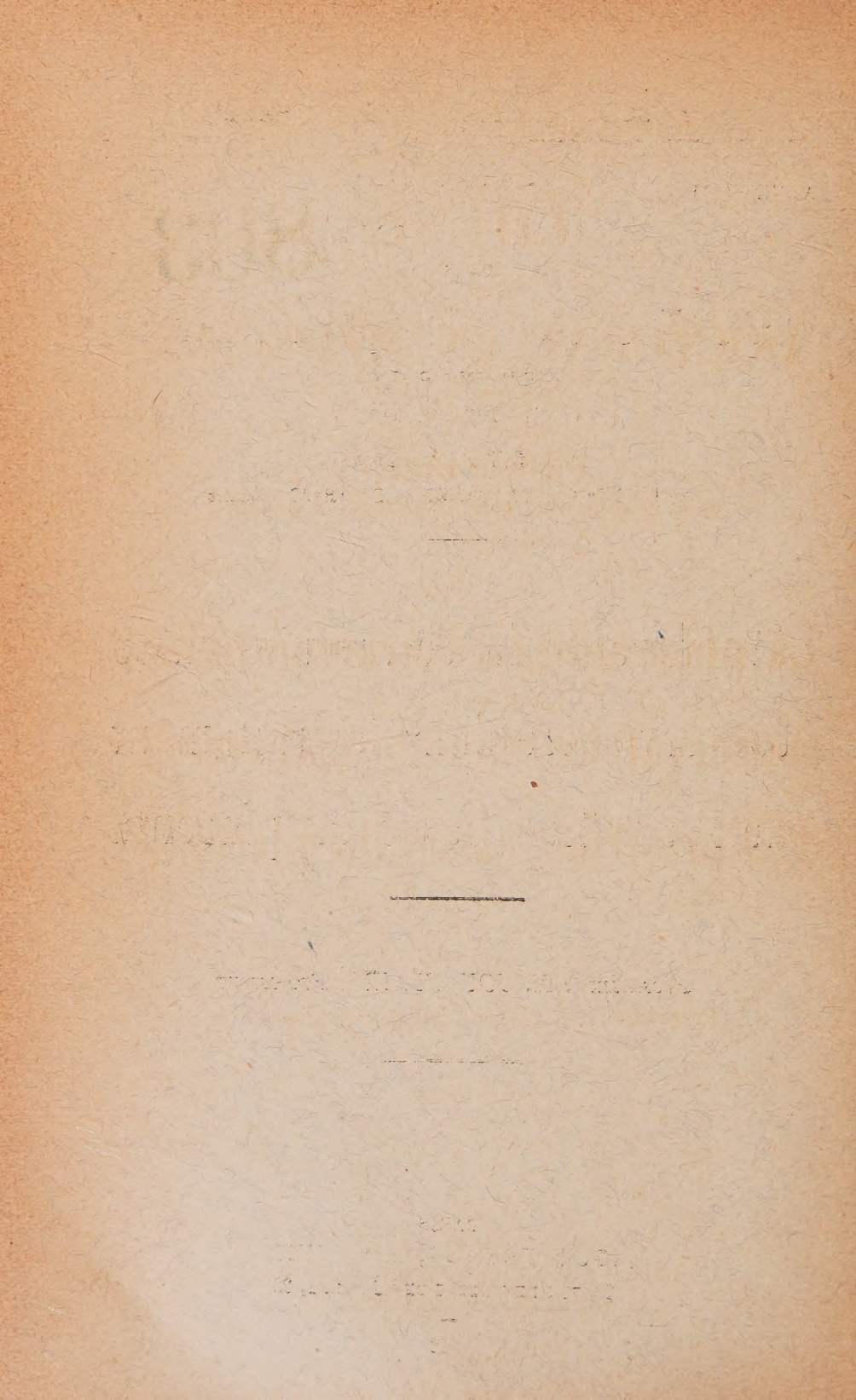
Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 23

1936



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre DUBOS

Né le 10 Juillet 1908, à MONT-DE-MARSAN (Landes)

La place de la césarienne basse
conservatrice dans le traitement
de l'insertion basse du placenta

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1936

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TUJFNEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	Maur. VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES.
BENARD Henri	Pathologie médicale.	DE GENNES...
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.	GAYET
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN
COSTE	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LABBE Henri..
FEY	Urologie.	LACOMME
FUNCK- BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	LANTUEJOL..
GAILLARD	Parasitologie.	LAROCHE Guy.
GASTINEL	Bactériologie.	LELONG
		Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ...	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.).	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent:

MM.

ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
VALLERY-RADOT		
(Pasteur).		
MEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER		
ECALLE		
GUENIOT	} Clinique obstétricale	
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé....	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA GRAND'MERE

A MA MERE, A MON PERE

Je reconnais leurs grands sacrifices.
Je ne les en remercierai jamais assez.

A MON GRAND-ONCLE

LE DOCTEUR LUBET-BARBON

Qui a toujours été pour moi le
meilleur et le plus affectueux des
guides. Qu'il trouve ici l'assurance de
ma profonde reconnaissance.

A MA GRAND'TANTE

Que j'assure de ma dévouée affection.

A MES FRERES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine*

Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DIGONNET

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Qui nous a soumis ce sujet de thèse
et guidé de ses précieux conseils.

Nous l'assurons de notre profonde
et dévouée sympathie et le remercions
pour les sept observations inédites
qu'il nous a données et qui constituent
le fond de notre travail.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Stage :

MM. LES PROFESSEURS HARTMAN
SERGENT
M. L. RAMOND
M. SCHWARTZ

Externat :

Première année :

MM. LE PROFESSEUR MOCQUOT
R. CH. MONOD

Deuxième année :

M. MOREAU, PROFESSEUR AGRÉGÉ

Troisième année :

MM. TOURAINE
HALBRON

Quatrième année :

M. DONZELOT, PROFESSEUR AGRÉGÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIE

Accoucheur des Hôpitaux

Chef de service à la Maternité de l'Hôtel-Dieu

Notre dernier maître dans les Hôpitaux de Paris. Nous tenons à le remercier pour le bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé dans son service.

La Place de la Césarienne Basse Conservatrice dans le traitement de l'insertion basse du placenta

INTRODUCTION

Le but de notre travail est d'indiquer la place qui doit être donnée à la Césarienne basse supra-symphysaire transpéritonéale dans le cadre des thérapeutiques chirurgicales de l'insertion vicieuse du placenta.

L'élément majeur qui commande l'intervention chirurgicale est constitué par l'hémorragie, lorsque celle-ci survient :

1° Pendant la gestation, alors que le col n'est pas encore dilaté ;

2° Pendant le travail dans les variétés de placenta recouvrant ; ce sont ces derniers cas que nous aurons particulièrement en vue.

LES THERAPEUTIQUES CHIRURGICALES

LES THERAPEUTIQUES CHIRURGICALES sont multiples :

On peut les classer sous deux titres principaux : intervention mutilatrice et interventions conservatrices.

A. — INTERVENTION MUTILATRICE

LA CÉSARIENNE MUTILATRICE (Césarienne suivie d'hystérectomie). Ses excellents résultats sont indiscutables : Sur 16 cas cités par **MAYER** (thèse, Paris 1933), la mortalité maternelle est nulle. Mais elle a contre elle d'entraîner la suppression de la fonction, c'est-à-dire un sacrifice d'autant plus important que la femme est plus jeune. Aussi ses indications doivent-elles être toujours minutieusement discutées.

B. — INTERVENTIONS CONSERVATRICES

1° LA CÉSARIENNE CORPORÉALE doit être rejetée, car :

a) Elle expose à la contamination primitive de la cavité péritonéale ;

b) Elle expose à la désunion secondaire de la plaie utérine au cours des alternatives de contraction et de relâchement du muscle utérin, à la rupture utérine lors d'une grossesse ultérieure.

Les statistiques accusent une mortalité post-opératoire variant de 6 à 25 %.

La Césarienne corporéale, avec exclusion temporaire de l'utérus type Portes, a des indications exceptionnelles.

2° LA CÉSARIENNE VAGINALE est actuellement abandonnée par la plupart des auteurs. Elle ne peut être indiquée que lorsque le fœtus est petit.

Les statistiques montrent que la mortalité maternelle, suivant que l'on intervient sur une femme en état d'aseptie ou primitivement infectée, varie entre 2 et 25 %.

3° LA CÉSARIENNE BASSE SUPRA-SYMPHYSAIRE CONSERVATRICE est considérée par nombre d'auteurs comme donnant de moins bons résultats que la césarienne suivie d'hystérectomie ; pour ces accoucheurs, ses indications doivent être minutieusement analysées en présence de chaque cas particulier. Et pour eux, on peut donner comme suit les indications du traitement conservateur (Thèse MAYER).

1. Primiparité et jeunesse de la femme ;

2. Hémorragie apparue pour la première fois, ou survenant chez une femme ne se trouvant pas dans un état d'anémie préexistant ;

3. Pas de crainte d'infection.

A notre avis, le cadre de la Césarienne basse supra-symphysaire transpéritonéale conservatrice nous semble devoir être élargi aux dépens de l'intervention mutilatrice. C'est là le but de notre travail.

Nous apportons 9 observations, dont 7 inédites, de Césariennes basses pour insertion vicieuse du placenta, en série continue, pratiquées par le même opérateur, tous cas terminés heureusement pour la mère et l'enfant. Nous allons en faire successivement :

1. — L'étude analytique.

2. — L'étude synthétique.

Toutes nos observations concernent des cas d'insertion basse au cours de l'accouchement ; aucun ne se rapporte à des cas de césarienne basse supra-symphysaire pour insertion basse du placenta au cours de la grossesse.

1° ETUDE ANALYTIQUE

A. — LES INDICATIONS

I. — *Les hémorragies* : 8 observations.

a) Première hémorragie ou hémorragies récentes dans les jours ayant précédé immédiatement l'intervention :

2 cas : Obs. IV et V.

b) Hémorragies à répétition durant la gestation :

6 cas : Obs. I, III, VI, VII, VIII, IX.

II. — *Un cas de présentation de l'épaule* :

Obs. II.

III. — *Un cas de procidence du cordon* :

Obs. IX.

B. — LA VARIÉTÉ D'INSERTION DU PLACENTA

a) Placenta recouvrant :

7 cas : Obs. I, III, IV, V, VI, VIII, IX.

b) Placenta latéral :

2 cas : Obs. II, VII.

C. — L'ETAT DE LA FEMME

a) AGE.

3 femmes âgées de moins de 30 ans : Obs. V, VI, VII.

6 femmes âgées de plus de 30 ans : Obs. I, II, III, IV, VIII, IX.

b) NOMBRE DE GROSSESSES.

3 primipares : Obs. I, VII, VIII.

2 II pares : Obs. II, V.

4 III pares : Obs. III, IV, VI, IX.

c) ETAT GÉNÉRAL.

Une femme diabétique : Obs. VII.

d) DEGRÉ D'INFECTION.

Soit état infectieux net : Obs. I, IV.

Soit état infectieux plus discret : Obs. VI, VIII.

Soit état infectieux latent :

— qu'il s'agisse de femmes ayant fait des hémorragies à répétition durant la gestation.

— qu'il s'agisse de femmes ayant eu des suites de couches fébriles, grévées de phlébites : Obs. III, V.

e) DEGRÉ D'ANÉMIE.

Dans 6 cas, anémie importante : Obs. I, III, V, VI, VII, IX.

Dans 2 cas, anémie moyenne : Obs. IV, VIII.

Dans 1 cas, anémie légère : Obs. II.

**D. — L'INTERVENTION PRATIQUEE :
CESARIENNE BASSE
SUPRA-SYMPHYSAIRE TRANSPERITONEALE**

a) SA TECHNIQUE.

Après laparotomie médiane sous-ombilicale, section du péritoine utérin après repérage de la vessie. Décollement du péritoine vers le haut et vers le bas. Incision médiane verticale du segment inférieur. Extraction du fœtus.

Sutures : 1^{er} plan total. Points séparés au catgut 2.

2^e surjet recouvrant au catgut 0.

Surjet péritonéal au catgut 0.

Paroi en 3 plans Bourdonnet.

b) LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.

1^o Le segment inférieur est mal formé. 3 cas :

— Court et étroit : Obs. II.

— Friable : Obs I.

— Epais : Obs. III.

2^o On arrive sur le placenta : 1 cas d'hémorragie importante :

— Il se produit une hémorragie importante et il est difficile de reconnaître si le doigt est entre placenta et utérus ou dans l'épaisseur du muscle utérin : Obs. IX.

c) LES SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES.

HC - sérum physiologique. — Sérum de Normet : Obs. V.

d) LES SOINS PENDANT L'INTERVENTION.

Après l'extraction de l'enfant: Hypophyse 10 unités.
Ergotine 1 cm³.

e) LES SOINS POST-OPÉRATOIRES.

— HC - Sérum sous-cutané 500 cm³.

— Sérum de Normet IV. 1 cas : Obs. V.

— Transfusions post-opératoires. 2 cas : Obs. IV, IX.

— Traitement prophylactique de phlébite : sang-sues, citrate, digitaline.

f) LES SUITES OPÉRATOIRES.

Normales dans 7 cas.

2 cas de phlébites : Obs. III, IV.

g) POUR L'ENFANT.

Dans tous les cas enfant vivant.

1 cas d'enfant particulièrement pâle, transfusé : Obs. VI.

2° ETUDE SYNTHETIQUE

L'étude de nos observations nous permet de tirer un certain nombre de déductions :

La césarienne basse pratiquée dans les cas d'insertion vicieuse du placenta peut donner d'excellents résultats. Notre statistique comporte en effet 9 cas tous terminés heureusement pour la mère et pour l'enfant. Aussi convient-il d'apporter un certain nombre de réserves aux arguments donnés par les auteurs partisans de l'hystérectomie.

Ces auteurs s'orientent nettement vers la césarienne mutilatrice :

1° *Quand l'anémie est alarmante* au point qu'il faut éviter de façon absolue tout risque de suintement sanguin ou d'hémorragie vraie après évacuation ; et ils insistent sur le fait qu'une hémorragie survenant chez des femmes ayant déjà saigné pendant leur grossesse et anémiées, est souvent mortelle. Il s'agit là d'une hémorragie terminale dont la gravité est moins le fait de son abondance que de sa production même.

2° *Quand un début d'infection* fait craindre des suites opératoires graves après simple intervention conservatrice. Et nous citerons la statistique donnée par MAYER « ...sur 5 opérations conservatrices faites chez

des femmes en état d'anémie aiguë : 2 morts. En face de ce gros risque, il faut reconnaître que les 6 femmes traitées dans les mêmes conditions, chez lesquelles on recourut à l'hémostase absolue par hystérectomie, guérissent toutes sans exception, de la façon la plus simple et la plus rapide. Les décès survenus au cours des interventions conservatrices ne sont pas tous imputables à une reprise de l'hémorragie, mais à l'état de shock et à la septicémie. »

Il est évident que les principes donnés par ces auteurs à l'appui de la mutilation ne visent à aucune généralité excessive. IL Y A CEPENDANT LIEU, à notre avis, d'apporter des réserves que nous envisagerons pour chacun des éléments :

— Anémie.

— Degré d'infection.

I. — LE DEGRÉ D'ANÉMIE

Nous nous sommes efforcé de reculer la limite des indications de l'hystérectomie après césarienne pour hémorragie grave. Et nous pensons que dans la plupart des cas, il est possible d'opérer avec toutes chances de succès si l'on a pris la précaution de pratiquer une transfusion suffisante pré et post-opératoire. Dans ces cas avec anémie grave, les transfusions sanguines ont modifié complètement le pronostic.

Obs. VI. N° 343. Année 1935. — Il s'agissait d'une femme âgée de 30 ans, III pare, qui avait présenté 4 hémorragies très abondantes entre les 6^e et 8^e mois,

à qui il fut pratiqué 2 transfusions de 400 et 250 cm³ post-opératoires. Guérison.

Obs. IX. N° 1.253. Année 1936. — 3 hémorragies importantes étagées sur 3 mois entre le 7° et 9° mois ; grosse hémorragie à l'incision du segment inférieur. Transfusion post-opératoire de 300 cm³. Guérison.

La transfusion agit :

- Comme apport de sang nouveau.
- Comme facteur de coagulation, d'arrêt de l'hémorragie.

2°. — LE DEGRÉ D'INFECTION

La crainte de l'infection, soit en raison d'hémorragies antérieures, soit en raison de l'état local infectieux, soit en raison d'un début d'infection ovulaire avec fièvre, ne doit pas faire pratiquer systématiquement la césarienne mutilatrice.

a) Six femmes ayant fait des hémorragies durant la gestation ont été opérées par césarienne basse conservatrice avec suites opératoires satisfaisantes :

Obs. I, III, VI, VII, VIII, IX.

Deux cas de phlébite : Obs. III, IV.

b) Nous avons vu guérir, à la suite de complications sérieuses il est vrai, une femme chez laquelle il fut constaté l'existence de streptocoques hémolytiques, virulents dans un caillot juxta-cervical : Obs. I.

La réparation sanguine par transfusion joue un rôle, non seulement au point de vue du danger immédiat de l'anémie, mais aussi à distance, contribuant à évi-

ter dans une certaine mesure les complications infectieuses. Au reste, si l'on craint l'infection, on peut pratiquer la césarienne basse conservatrice avec exclusion du segment inférieur, suivant le procédé de JEANNIN-MICHON. C'est pour éviter de sacrifier l'utérus chez des femmes jeunes que nous avons cherché à étendre les indications de la césarienne basse.

En résumé, sans vouloir donner à ce qui va suivre un caractère de valeur absolue, nous pouvons dire que les éléments^e: anémie, degré d'infection, doivent être minutieusement étudiés pour chaque cas particulier et que, plus souvent aujourd'hui on préférera, chaque fois que les conditions le permettront, la césarienne basse conservatrice à l'hystérectomie qui supprime la fonction.

Notons qu'à la Maternité de l'Hôtel-Dieu aucun des cas d'insertion basse du placenta nécessitant une intervention chirurgicale, n'a été traité autrement que par Césarienne basse.

OBSERVATIONS

Nous apportons neuf observations, dont sept inédites, deux déjà rapportées dans la thèse de MAYER (*Thèse*, Paris 1933).

1° OBS. N° 74. — ANNÉE 1930. (Clinique Baudelocque. — Service de M. le Professeur COUVELAIRE.)

RÉSUMÉ : *Césarienne basse faite au cours du travail pour hémorragies à répétition. Présentation transversale. Menace d'infection ovulaire.*

Mme B..., 33 ans, 9° mois de sa 3° gestation, hémorragies. La première : accouchement à terme ; la seconde : avortement au quatrième mois. La gestation actuelle (DR 30 mars - 3 avril 1929) sans incident jusqu'au 6° mois. Le 16 octobre (6° mois), le 27 novembre (7° mois) se produisent des hémorragies spontanées abondantes (48 h. chacune). Du 15 décembre au 3 janvier 1930 : 3°, 4° et 5° hémorragies décidant la malade à entrer à la clinique.

Examen à l'entrée : H. U. 35. Présentation transversale, pôle céphalique dans le flanc gauche. Fœtus anormalement élevé par rapport à la symphyse pubienne. Enfant vivant. Bon état général, pouls 80, temp. 37°. Au toucher : col élevé, long, non perméa-

ble, ni sang, ni liquide amniotique. Les jours suivants la température ne dépasse pas 37°5 ; mais persistance d'un écoulement sanguin peu abondant, intermittent.

Entrée au travail : Le 11 janvier 1930, perte d'un peu de liquide séro-sanguinolent. Au toucher : col très élevé, perméable, à l'intérieur duquel on perçoit à bout de doigt une masse légèrement saillante, arrondie et lisse, considérée par M. le Professeur COUVELAIRE comme pouvant être constituée par un polype fibreux ou par un caillot ancien organisé. Un toucher manuel, fait sous anesthésie générale, permet de sentir une masse arrondie et lisse, occupant la région de l'orifice interne du col ; au-dessus de cette masse, on perçoit le placenta et plus haut, vers la droite, on arrive sur les membranes.

Intervention (D^r DIGONNET) : Césarienne basse supra-symphysaire. Particularités : segment inférieur mal constitué, bas et étroit. A l'incision de la paroi utérine on constate qu'elle est anormalement épaisse et il se produit une hémorragie très abondante.

L'incision amène sur la masse placentaire, et, pour pénétrer dans l'œuf, il faut aller chercher les membranes très haut sous la face antérieure de l'utérus. Au cours de cette manœuvre se produit une hémorragie en nappe très abondante. Terminaison de l'opération suivant le procédé habituel. L'examen du placenta montra que celui-ci était étalé et irrégulier à sa partie postéro-inférieure. Un caillot organisé de formation récente était appendu au bord libre de la masse pla-

centaire. Des prélèvement faits, sous toute garantie d'aseptie permirent d'obtenir des cultures de streptocoques hémolytiques à l'état de pureté (inoculation au lapin : mort en 48 heures).

Suites opératoires : Satisfaisantes pendant 8 jours. Le 11^e jour : poussée thermique avec diarrhée et ballonnement dus à la présence d'une anse grêle qui avait fait hernie à travers la partie supérieure de la suture musculaire. Réintégration sous anesthésie locale, suture au crin. La femme quitta la clinique 33 jours après l'intervention. Etat normal.

2^e OBS. N^o 819. — ANNÉE 1930. (Clinique Baudelocque. - Service de M. le Professeur COUVELAIRE).

RÉSUMÉ : *Césarienne basse au début du travail. Présentation transversale avec malformation utérine. Placenta prævia. Hémorragie.*

Mme A..., 33 ans, entre à la clinique au 9^e mois de sa deuxième gestation pour présentation transversale irréductible. Première gestation : sans incident, accouchement à terme, spontané et normal. La gestation actuelle (DR 2 juillet 1929) sans incident jusqu'au 7^e mois : légère hémorragie qui se poursuivit d'une façon irrégulière pendant 15 jours, puis cessa complètement. La femme entre à la clinique le 11 avril 1930.

Examen : Utérus bicorne, présentation transversale, tête dans la corne droite. Au toucher : col élevé mais déhiscent permettant d'arriver sur les membra-

nes. Pas d'hémorragie. Bassin normal, enfant vivant.

Le 12 avril : rupture spontanée et prématurée des membranes. Au toucher : col dilaté (5 Fr) laissant passer le coude gauche. Le placenta n'est pas senti. Enfant vivant, mais bruits du cœur ralentis.

Intervention (D^r DIGONNET) : Césarienne basse supra symphysaire. Hystérotomie médiane sur le segment inférieur qui est bien formé et suffisamment mince. Le placenta est inséré en arrière, le bord inférieur surplombant l'orifice cervical : variété latérale. L'opération est poursuivie sans incident suivant le procédé habituel. Suites opératoires normales, apyrétiques ; la femme quitte la clinique le vingtième jour après l'opération.

3° OBS. N° 1334. — ANNÉE 1932.

RÉSUMÉ : *Césarienne basse chez une III Pare, 37 ans, pour placenta prævia recouvrant.*

Mme M..., âgée de 37 ans, III Pare, entre à la maternité de l'Hôtel-Dieu le 25 novembre pour des hémorragies répétées, abondantes, dans les jours précédents. Pas d'antécédents pathologiques. Antécédents obstétricaux : deux grossesses normales avec accouchement à terme.

Examen : Hémorragie importante avec anémie aiguë. Au toucher, col effacé ; le doigt atteint la masse rugueuse du placenta. L'indication opératoire est commandée par l'importance de l'hémorragie due à un placenta prævia, type recouvrant.

Intervention (D^r DIGONNET) : Césarienne basse supra symphysaire. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Décollement vésico-vaginal. Hystérotomie médiane sur le segment inférieur et extraction d'un garçon vivant pesant 3.500 gr.

Le placenta est absolument recouvrant devant le pôle céphalique, délivrance artificielle ; poids de l'A.F. : 750 gr. Paroi utérine en deux plans au catgut n° 3. Péritoine en deux plans. Réfection de la paroi en trois plans. Bourdonnet.

Evolution post-opératoire : Malgré le traitement préventif habituel des phlébites, la femme a fait une phlébite du membre inférieur. Elle quitte la Maternité deux mois après l'intervention.

4° OBS. N° 723. — ANNÉE 1934.

RÉSUMÉ : Césarienne basse suivant le procédé habituel pour placenta prævia (variété recouvrante). Début d'infection ovulaire au cours du travail.

Mme D..., 34 ans, entre à la Maternité de Port-Royal (Pavillon CHAUSSIER) le 26 juillet pour hémorragies. Antécédents obstétricaux : première grossesse 1928, accouchement à terme, normal. 15 jours après température 40°. Curettage. Deuxième grossesse 1929. Accouchement prématuré à huit mois ; hémorragie, délivrance artificielle. Cinq jours après, curettage pour hémorragie avec température 40°. La gestation actuelle (DR 25 octobre) a évolué normalement jusqu'au 8° mois (albuminurie jusqu'au 5° mois).

Examen à l'entrée : H.U. 29, enfant vivant, la femme perd des caillots. Au toucher : col effacé, dilatation 2 Fr., le doigt atteint le placenta. Température 38°1, pouls 124.

Demi-heure plus tard, l'hémorragie persiste, nombreux caillots dans le vagin, dilatation 2 Fr. En insinuant le doigt derrière la lèvre antérieure du col, on sent le placenta, mais on n'atteint pas les membranes. Sérum sous-cutané. H. C.

Intervention (D^r DIGONNET) : Hystérotomie sur le segment inférieur. Incision sur le placenta jusqu'à 2 cm. de son bord supérieur. La partie inférieure de la section placentaire répond à l'orifice interne du col. Placenta recouvrant, véritablement central. Le fœtus, vivant, est extrait au travers du placenta.

Evolution post-opératoire : La température atteint 38°4 le soir de l'intervention, redescend progressivement à la normale, atteint 37° le 10^e jour. Lever de la femme le 21^e jour ; elle quitte la Maternité guérie.

5° OBS. N° 1637. — ANNÉE 1934. (Service de M. le Docteur CHIRIE).

RÉSUMÉ : *Césarienne basse pratiquée au cours du travail pour hémorragie grave par insertion basse du placenta (Placenta recouvrant).*

Mme M..., 27 ans, est transportée d'urgence à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 12 décembre, pour hémorragie très abondante survenue dans la nuit du 11 au 12 et les deux jours précédents. Pas d'antécédents

pathologiques particuliers. Une première grossesse en 1931 : Pyélonéphrite après l'accouchement.

La gestation actuelle (D.R. 6 mars, 10 mars) a évolué sans incident jusqu'au 9^e mois. Le 5 décembre : première hémorragie très abondante, mêlée de gros caillots. Du 6 au 9 décembre, l'hémorragie cesse complètement, mais il se produit néanmoins une syncope le 6. Reprise de l'hémorragie les 10 et 11 décembre, augmentant d'abondance dans la nuit du 11 au 12. La femme est alors dirigée d'urgence sur la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

Examen à l'entrée : Assez bon état général, température normale, pouls 92. H.U. 34, présentation céphalique élevée, enfant vivant. Au toucher : l'excavation est vide, le vagin encombré de caillots, la dilatation à 2 Fr. On ne sent que du placenta dans le col.

Une heure plus tard : Reprise de l'hémorragie plus abondante. A l'examen : dilatation 5 Fr., température 37°2, pouls entre 90 et 100. Aucun signe général d'hémorragie, sauf état nauséux.

Soins pré-opératoires : Deux fois 10 cm³ HC. 500 cm³ de sérum physiologique sous-cutané. Injection vaginale à la solution de Tarnier.

Intervention (D^r DICONNET) : Césarienne basse au cours de laquelle on note les particularités suivantes : Segment inférieur très aminci, très friable ; Placenta étalé, bilobé. Extraction de l'enfant. (Ergotine 1 cm³, Hypophyse 10 unités). Sutures habituelles. Fermeture sans drainage.

Soins post-opératoires : 500 cm³ de sérum de Nor-

met I-V. 500 cm³ de sérum physiologique sous-cutané. 10 cm³ solucamphre. 1 cm³ spartéine, 1 cm³ caféine. Glace. Sangsues. Citrosodine, digitaline.

Suites opératoires : Température à 39° le lendemain. Pouls 140. Les 7 jours suivants, température à 38°. Phlébite malgré le traitement. Crachats hémoptoïques, température 39°, pouls 140 le 10^e jour. Température normale le 21^e jour ; réascension pouls et température le 27^e jour avec point de côté thoracique gauche. La femme quitte la Maternité 48 jours après l'intervention.

6° OBS. N° 343. — ANNÉE 1935. (Service de M. le Docteur CHIRIE).

RÉSUMÉ : *Césarienne basse pour placenta prævia, type recouvrant, avec hémorragie abondante. — Deux transfusions sanguines de 400 et 250 cm³.*

Mme J..., 30 ans, III pare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu au 8^e mois de sa grossesse pour hémorragie très abondante. Antécédents pathologiques : Arthrite coxo-fémorale à 16 ans. Antécédents obstétricaux : en 1931, avortement au terme de trois mois, suivi de métrite et salpingite. En 1933 : accouchement à terme, normal. Petite poussée phlébique droite pré-partum sans suite. La gestation actuelle^e : normale jusqu'au 6^e mois (DR 30 mai - 4 juin). Le 18 décembre, première hémorragie, cédant après un repos de quatre jours. Le 3 février, deuxième hémorragie très abondante de sang rouge, mais de très courte durée. Le

12 février, troisième hémorragie cédant à un repos de quelques jours. Le 26 février, quatrième hémorragie nécessitant par son abondance le transport de la femme à l'hôpital.

Examen (D^r DIGONNET) : H. U. 31. Présentation du sommet, très élevée, bruits du cœur perçus mais ralentis. Température 37°4, pouls 100. La malade se sent mal, bien que n'ayant pas saigné depuis son entrée. Au toucher : vagin encombré de caillots. Excavation vide. Dilatation 2 Fr. Dans le col on ne sent que du Placenta.

Soins pré-opératoires : 500 cm³ de sérum physiologique sous-cutané (le transfuseur tardant à arriver), 10 cm³ solucamphre caféine.

Intervention (D^r DIGONNET) : Césarienne basse au cours de laquelle on note que le segment inférieur est mal développé, étroit dans le sens transversal, peu étendu en hauteur. Placenta inséré sur le segment inférieur, complètement recouvrant. Enfant vivant, poids 2.740 gr., mais pâle : transfusion de 50 gr.

Soins post-opératoires : Deux transfusions successives de 400 et 250 cm³. Soins habituels : sérum, H.C., sangsues à quatre reprises en 10 jours.

Evolution post-opératoire : sans histoire. La température atteint 38° le troisième jour, entre 37°5 et 37° du dixième au seizième jour. La femme quitte l'hôpital le 28° jour.

7° OBS. N° 239. — ANNÉE 1936. (Service de M. le Docteur CHIRIE).

RÉSUMÉ : *Césarienne basse pour insertion vicieuse du placenta (septième mois de la grossesse). Début de travail 1 pare. Diabétique.*

Mme G..., 28 ans, entre dans le service le 28 février pour hémorragies abondantes de sang rouge. Antécédents pathologiques : diabète ayant nécessité l'hospitalisation en avril 1935, avec glycémie 4 gr., Glycosurie 94 gr. par litre. Acétone. En mai : ulcère de la cornée.

Examen : H. U. 33, présentation céphalique, mais la tête déborde beaucoup au-dessus du plan de la symphyse, comme rejetée en avant. Enfant vivant. Au toucher : col en voie d'effacement, souple, dilatation punctiforme. Masse interposée entre le doigt et la présentation. On n'atteint pas les membranes.

Intervention (D^r DIGONNET) : Césarienne basse. Quelques particularités : segment inférieur mal constitué, épais. Après hystérotomie : gros caillots du volume d'une tête d'adulte. Le bord placentaire descend assez bas, mais reste à petite distance de l'orifice interne du col. Extraction d'un enfant de 2.440 gr., facilement ranimé. Délivrance immédiate. Examen du placenta : insertion excentrique du cordon ; bord voisin ecchymotique et recouvert de caillots noirâtres.

Soins post-opératoires : Habituels (sérum, solucamphre et insuline 20 unités). Le 29 février : glycémie 1 gr., Glycosurie 1 gr. Urée sanguine 0 gr. 51. Le 1^{er} et le 2 mars : 40 unités d'insuline ; 20 unités les trois jours suivants.

Evolution post-opératoire : La température n'a pas

dépassé 38° pendant deux jours ; normale le troisième jour et se maintient à 37° jusqu'au vingtième. La femme quitte alors l'hôpital sur sa demande.

8° OBS. N° 733. — ANNÉE 1936. (Service de M. le Docteur CHIRIE).

RÉSUMÉ : *Césarienne basse pour placenta prævia, type recouvrant, chez une femme I pare au huitième mois de la grossesse.*

Mme C..., 32 ans, I pare, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 13 juin au huitième mois de sa grossesse (DR. 10-20 septembre). Première hémorragie, au coucher le 9 mai : sang rouge avec caillots pendant trois heures. Deuxième hémorragie le 21 août. Les jours suivants, la femme continue à perdre un peu de sang. Son état nécessite une hospitalisation de huit jours, du 16 au 26 mai.

Examen à l'entrée : H.U. 32. Col long, perméable. Tête haute ayant tendance à fuir vers la fosse iliaque gauche. Perte de sang avec caillots. Température 37°2. Pas de douleurs.

Une heure plus tard (D^r DIGONNET) : même état. Enfant vivant. Au toucher : à travers le col on sent une surface grenue répondant au placenta.

Le lendemain : Quelques pertes sanglantes. La température ne dépasse pas 37°4. Le poulx n'atteint pas 100. Au toucher : dilatation 2 Fr., col incomplètement effacé, présentation céphalique inclinée (tête dans la fosse iliaque gauche). Excavation vide. A travers le

col, à bout de doigt, on atteint la surface rugueuse du placenta. Le toucher amène une recrudescence de l'hémorragie qui avait persisté depuis la veille avec paroxysmes.

Intervention (D^r DIGONNET) : Césarienne basse supra-symphysaire. Pas de particularités au cours de l'intervention.

Soins post-opératoires : premières 24 heures, 500 × 2 sérum physiologique sous-cutané. 30 cm³ H.C. 0,01 de morphine. — Deuxièmes 24 heures, 500 × 2 de sérum physiologique sous-cutané, 25 cm³ H.C. Morphine. Sangsues, citrate de soude, digitaline.

Evolution post-opératoire : La température n'a pas dépassé 38° le cinquième jour. Elle revient à la normale le sixième ; se maintient normale jusqu'au dix-neuvième jour, date de sortie de la femme.

9° OBS. N° 1253. — ANNÉE 1936 (Service de M. le Docteur CHIRIE).

RÉSUMÉ : *Césarienne basse faite après rupture prématurée des membranes, pour procidence du cordon. Placenta prævia.*

Mme B..., 32 ans, première gestation en 1934 : Basiotripsie, Deuxième gestation en 1934 : avortement à 3 mois, suivi de curetage. Troisième gestation actuelle (D.R. 10-15 janvier).

Première hémorragie, le 24 août (7° mois).

Deuxième hémorragie le 10 octobre (de courte durée, mais commandant l'entrée de la femme à la Maternité).

Troisième hémorragie le 17 octobre, suivie presque aussitôt de rupture prématurée des membranes. Liquide teinté. Au toucher : présentation très élevée, col ayant toute sa longueur, perméable au doigt. Anse du cordon perçue à travers le col, température normale, pouls 80.

Intervention (D^r DIGONNET) : Au cours de l'hystérotomie : hémorragie pariétale très importante ; on arrive en pleine insertion placentaire et il est assez difficile de savoir au doigt si l'on est dans l'épaisseur du muscle utérin ou au contraire entre utérus et placenta. L'incision utérine est poursuivie vers le bas aux ciseaux sous le contrôle du doigt. On est d'ailleurs gêné par l'abondance de l'hémorragie. L'incision est agrandie vers le haut, empiétant sur le corps utérin. Extraction d'un enfant vivant de 3.830 gr.

Examen du placenta : l'incision utérine a sectionné le bord inférieur du placenta, lequel était inséré sur la paroi antérieure du segment inférieur. Le bord inférieur est aminci et de couleur chamois (recouvert de caillots anciens).

Evolution post-opératoire : normale, et la femme quitte la maternité le vingtième jour après l'intervention. Guérison.

CONCLUSIONS

I. — Notre statistique nous permet de penser que l'on peut, peut-être, user plus largement qu'on ne le fait à l'heure actuelle de la césarienne basse conservatrice dans le traitement des hémorragies liées à l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

II. — Nos résultats, ne portant il est vrai que sur une série de 9 cas, sont comparables aux résultats obtenus par césarienne mutilatrice.

III. — La conservation de l'utérus a donc été pour nous le but recherché, sans que nous éliminions dans la thérapeutique chirurgicale de l'insertion basse du placenta la césarienne mutilatrice.

IV. — La transfusion sanguine nous a paru être une arme efficace qui permet de reculer les limites de la césarienne suivie d'hystérectomie.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



